FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1962

THÈSE

N° 397

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

François-Xavier GIRARDIN

né le 25 décembre 1934 à BELFORT

Présentée et soutenue publiquement le :

LES SEPTICEMIES D'ORIGINE DENTAIRE
A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS D'ENDOCARDITE D'OSLER

Président : M. P. MOLLARET, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1962 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

François-Xavier GIRARDIN

né le 25 décembre 1934 à BELFORT

Présentée et soutenue publiquement le :

R. BRIX BIBLIOTHÈQUE LEIBER

LES SEPTICEMIES D'ORIGINE DENTAIRE
A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS D'ENDOCARDITE D'OSLER

Président : M. P. MOLLARET, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-Ve

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

1-2-1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . Léon BINET.
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE
2e ASSESSEUR . . . . . Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) / SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) / BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) / DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cochin	LEGER (L.)
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Pitié	CORDIER (G.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	SICARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Cinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Broussais	SOULIÉ (P.)
Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cochin	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Laribolsière	SÈZE (S. de)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARGIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Laribolsière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAILLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-D'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	ROSSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) COUCHET (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)
Psychiatrie	MICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMFLINE (A.), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque .
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents,

A mes grand-parents

En témoignage de mon affection et
de ma reconnaissance.

A mes frères,

A mon oncle, le Docteur Xavier GAGNEPAIN

A ma famille,

A tous mes Amis.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538127_0021

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Professeur P. MOLLARET

qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.
En hommage de respectueuse recon-
naissance.

A mon Maître,

Monsieur le Docteur VIC-DUPONT

Professeur Agrégé

Médecin des Hôpitaux de Paris

Nous nous permettons de lui adresser notre gratitude pour le sujet de thèse qu'il a bien voulu nous inspirer, ainsi que nos vifs remerciements pour les conseils qu'il nous a prodigués au cours de notre travail.

Nous le prions de bien vouloir accepter l'expression de notre profonde reconnaissance et de l'assurance de notre respectueux attachement.

A mon Maître

Monsieur le Docteur J.P. TUEFFERD

Ancien Interne des Hôpitaux de Strasbourg

qui nous a inculqué les éléments d'une saine séméiologie et nous a toujours soutenu de sa bienveillante sollicitude.

Nous le prions de bien vouloir accepter tous nos remerciements et de croire à notre très vive gratitude.

A mes Maîtres de l'Hôpital de MONTBELIARD

Messieurs les Docteurs

R. BAUER

J. THEVENON

J.J. ZINGG

INTRODUCTION

Il est des endocardites d'OSLER, dont la porte d'entrée (rhino-pharyngée, sinusienne, génitale, dentaire) est facile à mettre en évidence. Il faut cependant admettre que bien souvent l'état septicémique est reconnu, mais la porte d'entrée demeure cachée ; dans de tels cas, l'examen dentaire doit être systématique et l'on aura ainsi la possibilité dans une proportion de cas non négligeable de : Découvrir un foyer et de le supprimer.

A l'Hôpital CLAUDE BERNARD, l'examen dentaire est devenu une pratique automatique chez tout oslérien.

En effet, un sujet qui a présenté une maladie d'Osler avec foyer dentaire probable non traité, lors de la première atteinte, peut fort bien être victime d'une récidive qui guérira définitivement après avulsion des dents responsables. Ainsi est réalisée une démonstration que notre thèse se propose de prendre comme base. Nous allons relater et commenter deux observations recueillies dans le service de Monsieur le Professeur MOLLARET et procéder ensuite à une revue de quelques publications étrangères et françaises consacrées à l'importance des foyers dentaires à l'origine de septicémies.

PREMIERE OBSERVATION MEDICALE

Mademoiselle D..., âgée de 3O ans, exerçant la profession de facturière, entre dans le sevice le 7 Aout 1961, pour un syndrome fébrile d'allure pseudo-grippale. La malade atteinte d'une cardiopathie mitro-aortique a subi quelques jours auparavant une extraction dentaire.

HISTOIRE DE LA MALADIE

Le mercredi 26 juillet 1961, l'extraction d'une racine dentaire est effectuée, sans couverture d'antibiotiques. Quatre jours après (3O juillet) la température atteint 38°5 et peu de temps après la malade est hospitalisée dans le service pour un état infectieux.

A l'examen on trouve :

- une splénomégalie douloureuse
- une NG FS

  G.R. 4.1OO.OOO

  G.B. 4.9OO

  Polynucléaires neutrophiles 5O %

ANTECEDENTS PERSONNELS

La malade présente unepremière crise de R.A.A. à l'âge de 6 ans. Jusqu'à la puberté (14 ans) on observe une nouvelle poussée tous les ans. Elle reçoit alors un traitement salicylé . A l'âge de 9 - 10 ans, on découvre un "souffle au coeur".

En 1945, un 2ème souffle apparait. Un traitement par la digitaline entraine une amélioration appréciable. Depuis cette date, la malade n'a présenté aucune crise rhumatismale.

1955 - Des palpitations post-prandiales nécessitent son hospitalisation dans le service de Monsieur le Professeur MILLIEZ.

1956 - La malade subit une amygdalectomie sous Pénicilline (3 millions pendant 3 jours).

1956 à 1960 - L'état général est satisfaisant. On ne signale aucun signe fonctionnel.

Juillet 1960 - Après extraction dentaire, s'installe une fièvre oscillant très régulièrement de 37°5 le matin à 38°5 le soir.
La malade part en vacances et devant la persistance de la fièvre, consulte unmédecin qui, en présence d'une cuti +, prescrit du RIMIFON. Malgré cette thérapeutique, poursuivie durant un mois, la fièvre persiste et l'amaigrissement s'accentue.

Aout 1960 - L'apparition de faux panaris et d'une splénomégalie importante nécessitent son admission à l'hôpital Cochin, dans le service de Monsieur le Professeur COSTES.

PREMIERE ENDOCARDITE BACTERIENNE

(Hospitalisation du 13 septembre 1960 au 7 février 1961)

La positivité de l'hémoculture au staphylocoque, permet le diagnostic d'endocardite d'Osler. La malade est traitée par la Pénicilline et la Streptomycine associée aux doses suivantes :

Pénicilline 30 millions + streptomycine 2 g pendant 48 heures
" 50 millions + " 1,50 g 24 heures

Une nouvelle hémoculture +, entraine les modifications thérapeutiques suivantes :

Pénicilline 80 millions IV
Streptomycine 1,50 g IV

Successivement on ajoute :

Staphylomycine : 20 comprimés

Flabelline : 8 g en IV puis IM

La malade quitte le service début février, apyrétique, accusant un gain pondéral. Cependant il persiste un oedème pulmonaire subaigu nécessitant un traitement cardiaque .

EXAMEN DE LA MALADE A SON ENTREE

(2ème hospitalisation, cette fois à l'hôpital Claude Bernard)

On se trouve en présence d'une malade fébrile (38°6), fatiguée, pâle.

L'EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE, montre l'existence d'une cardiopathie c complexe avec atteinte valvulaire double mitrale et aortique.

L'auscultation met en évidence des signes de sténose et d'insuffisance valvulaire, siégeant tant à la pointe qu'à la base.

La T.A. est à 10/3.

Le pouls est régulier, ample, à 80 pulsations à la minute.

Un éréthisme cardio-vasculaire net est observé au niveau des artères périphériques.

EXAMEN DE L'ABDOMEN

La rate est palpable, dans l'hypochondre gauche et son pôle inférieur dépasse de deux travers de doigt le rebord costal.

Le foie est sensible à la palpation, mais ne présente pas d'hypertrophie. Il existe cependant un reflux hépato-jugulaire.

EXAMEN DE LA PEAU ET DES PHANERES

On est frappé d'emblée par la pâleur de la peau et des muqueuses. Les autres signes cutanés classiquement décrits ne sont pas retrouvés.

Bilan biologique et Paraclinique

8 - 8 - 61

1 - NG - FS

G.R. 3.770.000

G.B. 8.000

Polynucléaires Neutro	66 %	67 %
Eosino	1 %	
Lympho Petits moyens	22 %	27 %
grands	5 %	
Monocytes	6 %	

2 - Hémoculture : Streptocoque non hémolytique

3 - Fond d'oeil : normal.

9 - 9 - 61

4 - V.S : 17 - 42 - 113

5 - Hémoculture +

6 - Diurèse 500 cc

Albumine 0

Urée sanguine : 0,30 g/l

Examen du culot urinaire : normal.

7 - Antistreptolysines : 480 unités/ml

8 - Electrophorèse normale

9 - Fibrine : 3,35 g/l

10 - Electrocardiogramme : tracé normal.

Par contre, on signale des douleurs musculaires et articulaires diffuses.

TRAITEMENT

Après quatre hémocultures positives, le traitement est immédiatement institué.

Il comprend de la Pénicilline : 45 millions par jour, en perfusion dans 750 cc de sérum glucosé, auquel on ajoute 25 mg d'Héparine par flacon de 250 cc.

de la Streptomycine : 1 g en intra-musculaire.

La malade est mise en régime déchloruré.

SUITE DE L'OBSERVATION

Après trois jours de traitement, la température décroche et atteint 37°2 La splénomégalie régresse en partie.

La malade est examinée par le stomatologiste qui propose les avulsions de C5 - C4 - D5 - d7 - d6. Celles-ci sont pratiquées sans inconvénients sous traitement antibiotique.

Le 14 Septembre 1961 : en raison du mauvais étét des veines, la voie I.V. est abandonnée et remplacée par la voie I.M. On diminue les doses d'antibiotiques. (Pénicilline 8 millions, Streptomycine 1 g).

Le 17 septembre : le traitement est arrété. Celui-ci a duré 35 jours après l'apyrexie, soit 38 jours au total.

La température ne dépasse 37°5 le soir.

La rate est encore perceptible à l'inspiration profonde sous le rebord costal. Le pôle inférieur est de consistance ferme et indolore.

On note toujours la pâleur et l'amaigrissement de la malade.

La tachycardie persiste à 100, malgré le traitement par la digitaline.

La T.A. est à 12/3.

L'électrocardiogramme est normal.

Le 28 septembre : brutalement, la malade présente une crise de tachycardie à 150. Le rythme passe plusieurs fois de 150 à 120. La crise cède progressivement à l'Hydroquinidine et à la Natisedine.

Sortie le 3 octobre 1961

L'examen clinique est normal, si on fait abstraction de la cardiopathie. La splénomégalie a considérablement régressé par rapport au début du traitement et n'est plus perçue que par la palpation en décubitus latéral droit. Tous les soins dentaires nécessaires ont été effectués sous couverture antibiotique.

La malade guérie de son endocardite est dirigée vers le centre cardiologique de Dreux.

RESUME DE LA PREMIERE OBSERVATION

Mademoiselle D..., âgée de 30 ans, présente en 1960 une première Endocardite bactérienne à staphylocoque, survenue après avulsion dentaire, traitée par Pénicilline, Streptomycine, guérie par Flabelline.

Actuellement, il s'agit d'une deuxième Endocardite bactérienne à Streptocoque non hémolytique, greffée sur une cardiopathie complexe mitro-aortique, dont le point de départ est également d'origine dentaire.

En effet, la malade était en parfaite santé, quand brutalement, quatre jours après une avulsion dentaire, elle présentait une pyrexie à 38°5. Après trois jours d'hospitalisation on obtient quatre hémocultures positives au streptocoque non hémolytique et on commence un traitement par perfusion de pénicilline et de streptomycine. Trois jours après, la température se normalise. Le traitement est poursuivi 35 jours après l'apyrexie, soit 38 jours au total. La malade sort guérie. Seule persiste la cardiopathie préexistante à l'OSLER.

DEUXIEME OBSERVATION MEDICALE

Monsieur T..., ingénieur des Travaux Publics, a présenté deux endocardites malignes d'Osler. Elles ont toutes deux nécessité son admission à l'Hôpital Claude Bernard, l'une en 1959, l'autre en 1962.

Nous nous proposons d'exposer cette observation en suivant l'ordre chronologique des faits.

Première endocardite bactérienne - 1959

Le malade, alors âgé de 53 ans, atteint d'une cardiopathie soufflante depuis 15 ans, présentait une fièvre évoluant depuis 6 mois environ. On attribuait cette température persistante aux Rickettsies, cependant elle ne cédait pas aux traitements antibiotiques (Auréomycine - Terramycine - Tifomycine).

En présence d'hémocultures positives au streptocoque hémolytique, le malade est placé sous perfusion de Pénicilline (40 millions pendant 15 jours) et de Streptomycine (2 g). Celle-ci est diminuée puis arrêtée, car le malade se plaignait de vertiges avec hypoacousie. On associe alors la Pénicilline (50 millions) à la Terramycine (2 g).

Au total, le traitement antibiotique a duré 43 jours. Le malade quitte le service guéri de son endocardite ; seuls quelques troubles vestibulaires et cochléaires, en régression d'ailleurs, persistaient.

Jusqu'en Juillet 1961, notre malade présentait une légère insuffisance cardiaque, traitée par l'ouabaïne et la digitaline.

Antécédents personnels :

On note une poliomyélite à l'âge de 7 ans. Celle-ci a laissé une atrophie partielle du bras gauche, ainsi que du grand dentelé.

Deuxième endocardite bactérienne : 1962

Histoire de la maladie actuelle :

Vers le 15 juin 1961, une fièvre à 38°8 apparait brutalement. Elle est accompagnée d'une asthénie marquée et d'une V.S. à 34 mm à la 1ère heure. Le traitement (Terramycine pendant 10 jours) entraine une rétrocession de la fièvre. La V.S. atteint 19 mm.

Le 8 août, on assiste à la réinstallation de l'asthénie avec fébricule au dessus de 38°. La V.S. est à 37 mm. Le traitement (Terramycine 2 g par jour pendant 10 jours) provoque une nouvelle disparition des signes cliniques.

Le 3 septembre, les symptômes réapparaissent et persistent durant tout le mois. Le malade consulte son dentiste, qui pratique un découronnement de molaire et découvre au prélévement un gîte de streptocoque hémolytique.

Le 17 octobre l'avulsion dentaire est effectuée sous couverture antibiotique (Spécilline). On assiste alors à une chute thermique, qui persistera jusqu'à la fin octobre.

Brutalement, le 11 Novembre à 2 heures du matin, on assiste à la réapparition soudaine d'une fièvre à 38°8 accompagnée de selles diarrhéiques.

Tout le mois de novembre, la température présentera des clochers fébriles, annoncés par des frissons. Le malade compare ses troubles à un accès de paludisme.

Le 16 décembre, Monsieur le Docteur LAPORTE, consulté fait pratiquer 7 à 8 hémocultures dont le résultat est négatif.

On institue alors, un traitement comprenant de la Pénicilline en perfusion (4O millions par jour, jusqu'au 31 décembre).

La fièvre cède, mais bientôt celle-ci remonte et le 10 janvier 1962 le malade est admis à l'Hôpital Claude Bernard.

Examen du malade à l'entrée :

On se trouve devant un malade pâle, fatigué, présentant une température subnormale avec cependant une V.S. à 60 à la première heure.

L'examen permet de découvrir une splénomégalie et un petit purpura des membres inférieurs.

L'examen cardio-vasculaire met en évidence un frémissement diastolique, un souffle systolique très intense, rude, rapeux, irradiant vers l'aisselle et les vaisseaux du cou.

La T.A. est à 15/7

Le pouls est à 80 /m

Examen de l'abdomen :

La rate est palpable dans l'hypochondre gauche et son pôle inférieur dépasse de deux travers de doigt le rebord costal.

Le foie, indolore, n'est pas perçu à la palpation.

Examen de la peau et des phanères :

La pâleur de la peau et des muqueuses frappe d'emblée. Parmi les signes cutanés, classiquement décrits dans la maladie d'Osler, seul existe un petit purpura des membres inférieurs.

Bilan biologique et paraclinique

11-1-62

1 - NG - FS

G.R. 3.850.000

G.B. 10.400

Poly	Neutro	69
	Eosino	-
	Baso	-
Lympho (p.m.)		17
Grd Mono		3
Mono		11

13-1-62

2 - Plaquettes 224.000

3 - V.S. : 60 à la 1ère heure

21-1-62

4 - V.S. : 40 à la 1ère heure

5 - Electrophorèse. Légère augmentation des γ globulines

6 - Hémocultures (3) négatives

7 - Culot urinaire normal

8 - Hématies-minute (2) 1.100 H/m

9 - Urée : normale

10 - F.O. normal.

11 - Examen O.R.L. 18-1-62 : R.A.S.

12 - Examen stomato - 25-1-62 : met en évidence 5 dents suspectes. Cependant le stomatologiste ne trouve pas de foyers et pose le problème de l'extraction (Piliers de Bridge)

13 - Electroencéphalogramme - 15-1-62 : montre une surcharge en θ discrète, mais un peu plus riche en postérieur gauche, est anormale sur ce tracé bien organisé.

14 - Audiogramme : 16-1-62 : montre une discrète aggravation bilatérale 10 dcb en moyenne pour les deux oreilles à toutes les fréquences : surdité de l'oreille interne

15 - Electrocardiogramme : normal.

TRAITEMENT ACTUEL

Notre malade a été traité par perfusion de Pénicilline (40 millions par jour) et de Tétracycline (2 g par jour) pendant 1 mois environ.

Toutes les hémocultures effectuées durant le traitement se sont montrées négatives.

Pendant le traitement antibiotique, nous avons pratiqué l'extraction des 5 dents suspectes.

L'apyrexie a été obtenue et nous avons laissé sortir notre malade avec une température oscillant entre 36°6 le matin et 37° le soir.

RESUME DE LA DEUXIEME OBSERVATION

Monsieur T... présente en 1959, une première endocardite bactérienne à streptocoque hémolytique. A cette époque aucune porte d'entrée sérieuse n'avait été retenue et le malade avait été traité par des perfusions de pénicilline et de streptomycine. Ce traitement a dû être arrêté, car le malade se plaignait de vertiges avec hypoacousie. On avait alors recours à l'association pénicilline-terramycine. Le traitement était poursuivi durant 43 jours. A sa sortie le malade ne présentait que quelques troubles vestibulaires et cochléaires, en régression d'ailleurs.

Actuellement, notre malade atteint d'une cardiopathie soufflante a présenté plusieurs épisodes fébriles entrecoupés de rémissions dues au traitement antibiotique (terramycine). Il consulte son dentiste qui pratique un découronnement de molaire avec prélévement. Celui-ci montre du streptocoque hémolytique. L'extraction dentaire effectuée sous couverture antibiotique (spécilline pré et post-opératoire) est suivie d'une chute thermique. Durant un mois, le malade présente un état général satisfaisant quand brutalement la fièvre remonte à 38 °, accompagnée de selles diarrhéiques. Bien que la température soit normale et que les hémocultures pratiquées soient négatives, il s'agit d'une récidive oslérienne dont le point de départ est un foyer dentaire.

En effet, l'examen stomatologique a montré qu'il existait effectivement cinq dents suspectes. Nous avons procédé à leur extraction en nous entourant de toutes les précautions indispensables.

Pour clore cette description, insistons sur la fréquence avec laquelle un foyer infectieux bucco-dentaire est découvert chez de tels malades.

I - Ce foyer peut être recherché de parti-pris,

soit au cours d'une maladie d'Osler récemment reconnue, traitée mais ne réagissant pas au traitement antibiotique.

soit au cours d'une maladie d'Osler ayant donné lieu à une rechute. (cas de l'observation n° II)

II - Ce foyer peut être révélé a posteriori, une avulsion dentaire ayant ouvert la scène de l'endocardite bactérienne (cas de l'observation n° I)

Les deux observations que nous venons de relater nous permettent d'appuyer sur le fait qu'à elles seules, elles constituent une démonstration car nous admettons, dans les deux cas, une maladie d'Osler récidivante d'origine dentaire. Nous nous sommes mis dans des conditions de stérilité bucco-dentaire permettant d'espérer une guérison stable, sous réserve d'une surveillance stomatologique régulière.

Rappel d'observations comparables d'origine dentaire certaine.

En parcourant la littérature médicale française, nous avons trouvé de nombreux exemples d'endocardite bactérienne et de septicémie. Parmi les observations, que nous avons relevées, nous ne rapporterons ici que les plus intéressantes d'entre elles, et particulièrement celles dont l'origine bucco-dentaire nous a paru certaine.

1 - Pour 30 cas d'endocardite bactérienne, recueillis dans le service de Monsieur le Dr. MARIN ., QUEREL (34) cite un cas d'origine dentaire.

Il s'agissait d'un homme de 51 ans, ancien rhumatisant, hypertendu artériel, porteur d'une insuffisance aortique depuis 26 ans. L'endocardite bactérienne était secondaire à une infection dentaire sévère et prolongée dont les dates d'évolution ne sont pas précisées.

2 - Sur 18 observations sélectionnées d'endocardite bactérienne à Entérocoque, GAY (19) cite deux cas d'origine dentaire probables et deux cas certains. L'auteur ne nous donne aucune précision sur la nature des foyers dentaires.

Une fièvre chez un cardiaque, apparaissant au décours d'une extraction dentaire, doit faire systématiquement suspecter la possibilité d'une surinfection oslérienne à Entérocoque (Gay)

3 - GERACI (20) nous donne une illustration éloquente de cette affirmation.

Parmi 33 cas d'Endocardite bactérienne à Entérocoque, l'auteur cite un seul cas d'abcès apical dentaire.

L'apyrexie définitive après avulsion dentaire chez un malade dont la fièvre ne décrochait pas nettement malgré l'antibiothérapie de choix, n'est

Observ.	Etiologie	Clinique	Biologie	Commentaires	Résultats
2 - Mar 58 - M 5 mois	Mitral dents	Rate + Rein + Pan 0	GB 6.400 PN 74 GR 4,2 M VS 3 γ glob 28,7	Début septicémique. Assoc.de choix P + E Trait. = P I2 M + E 3 g 45 j.	Guérie sans nouvelles
8 - Ins 37 - M 4 mois	Aortique dents ?	Rate + Rein + Pan +	GB 11800 GR 3,7 M VS 82 γ glob 27 %	Début par frissons algies + phlébite Assoc. de choix = P.S. 1) P 50 M + S 1,5g insuffisant 2) P 80 M + S 2 g + Bénémide 23 j.	G 3,5 ans
11 - Del 49 - M 3 mois	Mitrale dent	Rate 0 Rein 0 Pan +	GB 8200 PN 72 GR 4,2 M VS 37 γ glob 23 %	Douleurs articulaires. association de choix = P + S Trait P 40 M + S 2 g - Intolérance Cortancyl 34 jours	G 2 ans
15 - Pra 14 - F 2 mois	M dent ?	Rate + Rein 0 Pan +	GB 12000 PN 76 GR 3,4 M VS 50	RAA (?) + Osler 1) P 50 M + S 1,5 g échec 2) Id + Bénémide 36 j.	G 18 mois

d'après GAY

L'étiologie est affirmée dans 2 cas, probablement autres cas.

Sexe M
F

P = Péni
S = strepto
E = erythro.

plus maintenant une constatation exceptionnelle.

4 - Bour (7) rapporte une observation de septicémie veineuse subaigue, intéressante en raison de la pureté de sa symptomatologie, de son origine un peu particulière et de son mode de guérison.

Il s'agit d'un homme de 37 ans, qui à la suite d'un petit traumatisme de la cuisse a présenté une phlébite de la saphène interne. Malgré les antibiotiques et les antiphlogistiques, la phlébite s'est étendue et successivement sont apparues de nouvelles localisations thrombosiques au niveau de la face interne du coude, du dos du pied droit et de la face antérieure du genou gauche ; en l'espace d'une année plus de vingt localisations veineuses se développèrent. Ce malade a guéri de façon définitive, après traitement des nombreux foyers dentaires infectieux qu'il présentait.

Le germe responsable de la septicémie veineuse n'a pas été retrouvé. Cependant, la guérison obtenue après avulsion des foyers infectieux dentaires constitue une preuve indirecte, patente de la responsabilité des dents.

5 - Mme Ricoux, dans sa thèse en 1937, a bien montré que ces phlébites s'observaient généralement au cours des infections de la région gingivo-alvéolaire.

Trois observations de staphylococcémie d'origine dentaire certaine méritent d'être mentionnées en raison de leur symptomatologie particulière et de la localisation intéressante et rare de l'une d'entre elles.

6 - 1ère observation - Sur 27 observations de septicémie à staphylocoque décrites chez l'adulte, DEBRAY (13) n'en cite qu'une seule d'origine dentaire.

Il s'agit d'un état septicémique au cours d'une pneumopathie aigue avec nombreux abcès, vomique putride, hémoculture positive au staphylo-

coque pathogène anaérobie, ayant évolué favorablement en quelques jours sous l'influence d'un traitement exclusivement de Pénicilline.

Dans les antécédents du malade on ne retrouve aucune affection parsinon l'existence d'une mauvaise dentition, qui a nécessité l'ablation d'une prémolaire inférieure gauche, atteinte de carie : assez récente.

7 - 2ème observation - AUBER (1) nous rapporte ce cas intéressant et rare de septicémie à staphylocoque d'origine bucco-dentaire, avec localisation secondaire épidurale.

Dans ce cas, la première molaire supérieure droite, très mobile est extraite aisément, sous jet de chlorure d'éthyle : sans doute pour un abcès pyorrhéique banal. L'alvéole de la dent extraite était propre, le vestibule libre à ce niveau. En 24 heures s'installaient un trismus, des douleurs irradiées à la fosse temporale, une fièvre oscillante entre 38 et 39 degrés, des céphalalgies. L'hypothèse d'une thrombophlébite débutant au niveau des veines ptérygoïdiennes est retenue. Quelques jours après apparaissent des douleurs à type sciatique. Cette symptomatologie jointe à l'examen neurologique font envisager la possibilité d'une localisation épidurale, infectieuse. En conséquence, il semble que l'extraction ait été le point de départ de l'épidurite staphylococcique mortelle.

8 - 3ème observation - DEPLAGNE (14) rapporte une observation de staphylococcémie apparue au décours d'un ostéophlégmon d'origine dentaire, chez un éthylique ancien bacillaire. Staphylococcémie ayant eu une localisation pulmonaire isolée (Pleurésie, bulle staphylococcique) et ayant guérie sous traitement antibiotique.

Il s'agissait d'un cas grave d'ostéo-phlegmon dû à un granulome périapical d'une dent de sagesse (g8) , granulome confirmé à la radiographie maxillaire défilé gauche. Six jours après, l'ablation de la racine et du granulome est pratiquée. Malheureusement, l'examen microbiologique de l'apex dentaire n'a pas été pratiqué.

Quatre jours après l'intervention la fièvre remonte et bientôt apparaissent les signes de localisation pulmonaire.

Les observations que nous venons de relater nous ont incité à rechercher les preuves de la responsabilité du foyer dentaire, dans le genèse des endocardites et des septicémies.

Deux critères ont retenu notre attention :

1 - Le fait que la guérison soit obtenue après suppression du foyer dentaire constitue une preuve indirecte. (1ème observation citée par BOUR, observation princeps n° II)

2 - Le fait que le même germe soit retrouvé d'une part à l'hémoculture d'autre part au sein du foyer infectieux, prouve la responsabilité des dents.

Nous ne pouvons citer aucun exemple illustrant ce fait. Dans l'observation n° II, le prélévement montrait du streptocoque hémolytique, cependant toutes les hémocultures pratiquées étaient négatives.

Dans l'observation n° 8 nous possédons une hémoculture + au staphylocoque. Cependant l'examen microbiologique de l'apex dentaire n'a pas été pratiqué.

Nous savons que, le prélévement ou la ponction du granulome après avulsion dentaire demande une technique particulière. Nous regrettons, cependant, que cet examen microbiologique soit trop peu souvent employé.

QUELQUES DONNEES STATISTIQUES ET EXPERIMENTALES

En parcourant la littérature médicale étrangère et française, nous avons cherché à mettre en évidence les différents arguments capables d'étayer la conception du "foyer dentaire" générateur d'endocardites bactériennes et de septicémies.

GERME : retrouvé dans les endocardites bactériennes

Les auteurs anglo-saxons ont particulièrement bien étudié cette question.

Hobson (23) a retrouvé par culture du prélèvement après avulsion dentaire 2 groupes de germes.

1 - Le streptocoque viridans est responsable des formes sévères. Leur pronostic immédiat est bon, cependant les rechutes sont fréquentes.

2 - Les autres germes donnent des formes à évolution rapide, dont le pronostic immédiat est moins favorable, mais les rechutes rares. Les dents sont rarement incriminées.

Sur 59 cas de maladie d'Osler, relevés de 1945 à 1955 au Radcliffe Infirmery Oxford, Hobson et ses coll. retrouvent par culture après avulsion dentaire :

a - Streptocoque : 43 cas

. culture + dans 25 cas 58 %

. culture - dans 18 cas 42 %

b - Autres germes : 16 cas

streptocoque anaérobie	2 cas
streptocoque hémolytique	3 cas
staphylocoque doré	6 cas
staphylocoque albus	1 cas
pneumocoque	4 cas

GERME RETROUVE EN FONCTION DE L'AGE

Streptocoque

	Culture +	Culture -	Autres germes	Total
5 à 9 ans	1			1
10 à 19 ans		3		3
20 à 29 ans	8	6	4	18
30 à 39 ans	8	5	2	15
40 à 49 ans	3	2	3	8
50 à 59 ans	2		1	3
60 à 69 ans	2	2	5	9
> 70 ans	1		1	2
	25 cas	18	16	59

D'après Hobson.

Nous retrouvons sur ce tableau les 59 cas de maladies d'Osler, cités plus haut.

L'auteur a classé les germes retrouvés en fonction de l'âge des malades. On remarque que l'augmentation de fréquence est très nette après 15 ans, c'est à dire après l'apparition de la deuxième dentition.

Nb		27	50	50	53	42	43	39
Edenté	0	1	3	10	21	26	33	35
%	0	4	6	20	40	62	77	90
Endocardite à strepto viridens	1	3	14	13	5	2	4	1
Edente	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres germes	0	0	4	2	4	0	5	1
	5 à 10 ans	10à19	20à29	30à39	40à49	50à59	60à69	70à79

Il convient de noter que, sur les 43 cas de maladies d'Osler à streptocoque viridens étudiés, on ne retrouvait aucun édenté, et que 7 d'entre eux soit 16 % ont subi peu de temps avant une avulsion dentaire.

Nous rapportons ici quelques observations très intéressantes, empruntées à Hobson et ses collaborateurs.

1er cas - Femme née en 1913.

1948 - culture + au streptocoque viridans

1949 - Rechute avec culture +.

On pratique l'extraction des dents restantes. Le streptocoque est retrouvé au niveau des racines.

Depuis, la malade n'a pas rechuté.

2ème cas - Homme né en 1924.

1952 : Osler clinique. Les dents sont normales.

1953 - Rechute. L'extraction des molaires et des prémolaires est effectuée ppur troubles de la mobilité dentaire.

1954 - Rechute . Extraction des dents restantes. Depuis, on ne signale rien.

3ème cas - Les dents sont apparemment saines, cependant on pratique l'extraction en 2 fois. On retrouve du streptocoque 8 fois. L'hémoculture pratiquée 5 minutes après avulsion montre une élévation notable des streptocoques dans le sang, malgré une couverture antibiotique. Depuis, pas de rechute.

4ème cas - Des caries et des ostéites apicales ont été retrouvées.

Les auteurs mettent en exergue le rôle capital joué par la dentiition chez les oslériens.

Trois faits peuvent être dégagés de cette argumentation.

1 - le fait que les maladies d'Osler récidivantes, guérissent après avulsion des dents suspectes. (1er, 2ème cas)

2 - le fait que l'on ne rencontre jamais de maladie d'Osler chez les édentés.

3 - le fait qu'une élévation notable de streptocoques dans le sang, provoquée par une extraction, précède l'installation de la maladie d'Osler.

En effet, parmi les 43 cas de maladies d'Osler à streptocoques viridens, il n'existait aucun édenté, et chez 7 d'entre eux, soit 16 % on avait pratiqué peu de temps avant une extraction dentaire.

BENDER (6) a mis en évidence le streptocoque viridans au niveau de la racine des dents, après avulsion chez des sujets non ostériens.

Streptocoque viridans	37
Streptocoque non hémolytique	8
Diplocoque Pneumoniae	2
Staphylocoque bleu hémolytique	9
Staphylocoque bleu non hémolytique	24
Diphtéroïde	16
Nesseria	16
Streptocoque B hémolytique	2
Micrococcus	2
Bacillus coli	1
Bacillus subtilis	1
Staphylocoque doré	1

ETIOPATHOGENIE

Différents facteurs peuvent être évoqués.

Nous étudierons successivement.:

1 - Les mouvements exercés sur la dent au moment de l'extraction

2 - Les petits mouvements de mastication chez les pyorrhéiques.

3 - Les caries - L'ostéite apicale.

4 - L'hygiène dentaire.

- Rôle de l'extraction dentaire :

Le traumatisme opératoire de l'avulsion dentaire est un fait connu, comme le confirme la thèse déjà ancienne (1895) de GUERAND

La relation qui existe entre l'extraction dentaire et l'endocardite apparait très bien cliniquement. Pour HARVEY (22) 10 à 50 % des endocardites sont provoquées par un foyer infectieux dentaire. Il apparait que dans 1 cas sur 4 ou sur 5 l'endocardite est précédée d'une avulsion dentaire.

Bactériémie :

HARVEY signale qu'il existe dans 75 % des cas une bactériémie transitoire après toute extraction dans une bouche septique.

Dans 34 % des cas, on retrouve une bactériémie transitoire à streptocoque après avulsion chez des patients sans lésions des gencives.

Si chez des patients sains à hémoculture négative, on extrait des dents, on constate en prati quant une série d'hémocultures, que aussitôt après l'extraction et dans un temps variant de 10 à 15 minutes

dans environ 50 % des cas, l'hémoculture devient positive (streptocoque viridens). Les mêmes faits se passent bien entendus chez les individus malades

L'opinion de BRACHMANN est en accord avec celle des autres auteurs.

1 - La fréquence des bactériémies après une intervention dentaire est un phénomène mécanique, qui en général provoque des symptômes cliniques. Elle est responsable du 1/3 de tous les cas d'endocardites.

2 - L'âge n'a pas d'influence sur les conditions et l'extension du traumatisme.

3 - La fréquence des bactériémies est indépendante de l'existence d'un foyer apical.

4 - L'état de la gencive doit être examiné avant une extraction dentaire et une intervention. Dans le cas où la gencive montre des lésions inflammatoires, il est admis de prescrire une thérapeutique locale avec préparation adéquate.

Rôle des vaisseaux

L'importance de la bactériémie dépend de l'importance du traumatisme dentaire et du nombre de vaisseaux lésés.

L'aire de manipulation d'une dent est petite et plus les vaisseaux sont lésés plus le danger de bactériémie est grand (BENDER 6).

KENNEDY (cité par Bender) a montré que les bactériémies se produisaient quand le germe était dans le canal de la racine, seulement si le tissu apical était traumatisé.

	Nbre de cas	Culture +, immédiatement après intervention		Culture+, 10 minutes après intervention	
Exodontique	93	79	84,9 %	41	44 %
Endodontique	50	6	12 %	0	0

Rôle de la Pulpe dentaire

Il a été mis en évidence par les travaux de ROSS et ROGGERS

6 cas 3 cas culture + Pulpe intacte

3 cas culture - Pulpe nécrosée (absence de vaisseaux)

Nous savons qu'une bonne circulation au niveau de la pulpe dentaire est nécessaire, pour obtenir des décharges bactériémiques. En effet, les germes sont charriés à travers la circulation pulpaire.

Rôle respectif des caries, des mouvements de mastication et de l'hygiène dentaire.

L'expérience de MURRAY (citée par HARVAY (22)) mérite d'être rapportée.

L'auteur s'adresse à 336 patients porteurs d'infections dentaires (caries, pyorrhée), auxquels il fait mâcher pendant une demi-heure 1 Pouce cube de paraffine. Il obtient des hémocultures positives dans 55 % des cas.

D'une façon générale le chewing gum jouerait le même rôle que la paraffine dans l'expérience précédente. Il semblerait d'après MURRAY que les gens mastiquant, porteurs de caries, seraient prédisposés à l'endocardite.

Le massage des gencives chez les pyorrhéiques, le brossage des dents et des gencives, les nettoyages faits par le dentiste sans anesthésie préalable de la muqueuse sont également responsables de bactériémies transitoires .

Seulement 1 malade sur 30 comprend la nécessité de se nettoyer les dents.

HARVEY (22) a étudié le prophylaxie dentaire chez de nombreux malades et nous communique le fruit de son expérience.

Les auteurs ont examiné 258 patients atteints de cardiopathie, rhumatismale, congénitale, fonctionnelle ou organique. Ils leur ont fourni toutes les mesures prophylactiques à suivre en cas de soins dentaires.

Lésion cardiaque		Nombre de patients connaissant la PROPHYLAXIE			
		Extraction		Hygiène dentaire	
Rhumatismale	181	44	24 %	15	8 %
Congénitale	55	9	16 %	4	7 %
Fonctionnelle ou organique	22	3	13 %	1	4 %
Total	258	56	21 %	20	7,7 %

Ce tableau montre l'indocilité et la négligence du plus grand nombre de malades. En effet, 21 % seulement ont suivi ces conseils, en cas d'extraction dentaire et 7,7 % seulement en cours des traitements bucco-dentaires.

PROPHYLAXIE DENTAIRE

Il nous semble important, d'insister sur la coopération, qui doit exister entre le médecin, le malade et le chirurgien dentiste.

Aussi, il est communément admis, chez les sujets porteurs de cardiopathies orificielles, congénitales ou acquises, de thrombose veineuse, de rhumatisme articulaire aigu, d'"encadrer" systématiquement par l'antibiothérapie, toute intervention sur un foyer septique.

La manière de conduire le traitement n'est pas rigoureusement déterminée, mais, il y a lieu de penser qu'il faut maintenir une concentration élevée d'antibiotiques pendant quelques jours.

En général les auteurs recommandent une antibiothérapie pré, per et post-opératoire. La pénicilline est l'antibiotique le plus souvent cité.

Pour LAUFER (26) l'extraction de la dent porteuse d'un foyer péri-apical sera "encadrée" par les antibiotiques.

Pénicilline 1 million d'unités
Streptomycine 1 gramme
Tetracycline
Erythromycine
Spiromycine
Magnamycine

à la dose quotidienne de 1 à 2 g en fonction du poids.

On prescrira quelques heures avant l'intervention et on poursuivra le traitement antibiotique pendant cinq jours ou jusqu'à cicatrisation totale.

Les antibiotiques, tels que(Erythromycine, Tetracyclines) sont substitués à la pénicilline en cas de réaction allergique.

En conclusion, il importe de pratiquer chez tout oslérien :

1 - un examen stomatologique soigneux.

L'examen de ma cavité buccale doit explorer la région gingivale, préciser la tolérance des prothèses, rechercher l'existence de gingivite, d'infections péri-apicales (granulome, kystes radiculo-dentaires).

2 - un examen radiographique des dents suspectes :

Les dents ne réagissant pas aux tests de vitalité doivent être radiographiées systématiquement. On sait avec quelle fréquence on découvre des infections péri-apicales latentes (granulome, kyste) - qu'il faut supprimer en s'entourant de toutes les précautions indispensables.

CONCLUSIONS

Nous avons à l'occasion de deux observations de la clinique des maladies infectieuses de l'Hôpital CLAUDE BERNARD montré l'importance des foyers infectieux dentaires à l'origine des endocardites malignes d'Osler. En effet nos deux observations comportent chacune deux maladies d'Osler, toutes deux d'origine dentaire difficilement contestable.

Nous avons ensuite procédé à une brève analyse des données de la littérature et évoqué un certain nombre d'observations comparables aux nôtres. Nous avons également cité quelques statistiques.

De cet ensemble de documents personnels et extraits de la littérature trois règles peuvent être données comme formelles :

1 - Chez tout sujet présentant une cardiopathie congénitale ou acquise la surveillance dentaire est capitale ; tout foyer infectieux doit être immédiatement réduit, sous couverture antibiotique, qu'il s'agisse d'une avulsion ou même d'un traitement conservateur.

2 - Devant toute maladie d'Osler, la recherche d'un foyer dentaire responsable doit être systématique.

3 - Devant toute maladie d'Osler, que la porte d'entrée soit connue ou non, l'examen minutieux de l'appareil dentaire et l'extraction de toute dent suspecte s'impose de façon à éviter une récidive.

Vu, le Président de Thèse,
Professeur P. MOLLARET

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

1 - AUBER C. - Les septicémies à staphylocoques d'origine bucco-dentaire. Considérations sur leurs localisations épidurales, thèse médecine Paris N° 13, 1956.

2 - AZEVEDOS-GAMAS A. de - L'infection focale Rev. Fr. Odonto-Stomato, 8, 1113-23, 1961

3 - BARA J. - Revue du praticien, tome VI N° 24 sep. 56 2647-2653 - Manifestations à distance des affections dentaires et paradentaires.

4 - BARNFIELD W.F. - Endocardite bactérienne subaigue et causes dentaires. Am.Jour. Orthod. Ora. l. surg. (O.S.S.) Fev. 1945, 31, N° 2, 55-58

5 - BELBENOIT C. - "Prévention des complications possibles après avulsion dentaire chez les sujets porteurs de cardiopathies" So.Stomato. Odonto. Nord France, séance 4 Avril 1960 in Rev.Stomato. 62, 247-8, 1961

6 - BENDER I.B., SELTZER S. et YERMISH M. - The incidence of bacteremia in endodontic manipilation. Oral surg., Oral Med et Oral Pathol. 13, 353-60, 1960.

7 - BOUR H., ROMAN M. et SCHAISON G. - La septicémie veineuse subaigue. A propos d'un cas guéri par l'ablation d'un foyer infectieux dentaire. Le concours med. N° 35 2 sept. 1961.

8 - BRACHMANN F. - Uber Bakteriamie nach Zahnextraktionen - Munch. med. Wnschr. 100-1211-5, 1958.

9 - CERNEA P. , LAUFER J. - Encyclop. Med. Chir. Stomat. 55-220 43 A 10. Septicémies aigues et thrombophlébites cranio-faciale d'origine bucco-dentaire.

10 - CHAPUT, COUTURIER A., BOUANIGNON N. et MARC A. - Maladie d'Osler et denture. J. dent. belge 1951, n° 6, 439-452. Anal. in Inform. dent. 24 janvier 1952, 34 n° 4 88 89

11 - GOFFIN F. et THOMPSPN R.E. - Factors influencing bacteriema following dental extraction - Lancet 271, 654-6 1956

12 - CONNER P.K. et SANFORD J.P. - Oral pathology in non acute bacterial endocarditis - Texas J. Med. 57, 268-71, 1961

13 - DEBRAY H.A.F. - Les septicémies à staphylocoques (Etude clinique et thérapeutique à propos de 27 observations chez l'adulte), Thèse médecine Paris, N° 598, 1956.

14 - DEPLAGNE H., BERTHOIN P., CORNET J. et BOUVIER M. - A propos d'une staphylococcémie d'origine dentaire - Lyon Med. 93, 310-5, 1961.

15 - DI GIACOMO C. - Sepsi da foci dentali con tiroidite acuta metastatica - Gazz. Med. ital. 115, 179-80, 1956.

16 - DRIAK F. - (Vienne) - La dissémination des bactéries au cours d'interventions de chirurgie dentaire. Rev. Stom. nov. dec. 1950-51 N° 11-12, p. 691-698

17 - DUFOURMENTEL L. et FRIZON L. - Septicémie d'origine bucco-dentaire. Presse Med. 1918, 26, 415-416

18 - FRIEZ P., LAUFER J. - Septicémies aigues d'origine bucco-dentaire. Les cahiers Coll. med. des Hôpitaux de Paris, Stomato. n° 11 dec. 61

19 - GAY J.P. - Contribution à l'étude des endocardites à Entérocoques à propos de 18 observations- Thèse Med. Paris, n° 452, 1960

20 - GERACI J.E. et MARTIN W.J. - Subacute enterecoccal endocarditis, clinical, pathological and therapeutical considerations of 33 cases - Circulation 10-173-82. 1954

21 - HAFER H. - Beitrag zur Lehre von der Herdinfektion - Deutsche zahn. Ztschr. 15.1145-8, 1960

22 - HARVEY W.P. et CAPONE M.A. - Bacterial endocarditis related to cleaning and filling of teeth with particular reference to the inadequacy of present day knowledge and practice of antibiotic prophylaxis for all dental procedures. Am.J.Cardiol. 7.793.8, 1961

23 - HOBSON F.G. et JUEL-JENSEN B.E. - Teeth, streptococcus viridans and subacute bacterial endocarditis - Brit.M.J. N° 5008-1501, 1956

24 - JOUVE A., DELAAGE M. et MEDVEDOWSKI J.L. - Rev. Prat. Tome n° 17, juin 56 - Endocardites bactériennes - considérations étiologiques anatomiques et pathologiques.

25 - KEOSIAN J., WEINMAN I. et RAFEL S. - The effect of aqueous diatomic iodine mouth washes on the incidence of post-extraction bacteremia. Oral Surg.Oral. Med et Oral Pathol. 9. 1337-41, 1956

26 - LAUFER J., BARA J. - Ency.Med.Chir.Stomat. Manifestations de l'infection focale bucco-dentaire - 57-220 - 43 C 10

27 - LEPOIVRE M. et RAISON J. - Manifestations à distance d'origine bucco-dentaire. Infection focale et accidents aseptiques - J. Prelat, Paris 1961, 149 pages; Chap. I, pp.24 et 49.

28 - LIAN et Collaborateurs - Penicillinothérapie préventive de la maladie d'Osler à l'occasion des avulsions dentaires chez les cardiaques. Bull. acad. nat. med. 16-23 mars 1948-132-197

29 - MILLARD H.D. - Subacute bacterial endocarditis : a clinical study - J. Oral. Surg. Anesth. et Hosp. Dent. Serv. 18. 224-9, 1960

30 - MONNIER J.,-LE TALLEC - Les monographies, les septicémies n° 92, Avr. 1961

31 - MOUQUIN - Endocardite maligne lente. Enc. Med. Chir. Coeur I - n° 9 - I

32 - PESTEL M. - Rev. Prat. N° 21 - Tome IV Juillet 1951 - Notions actuelles sur les septicémies à staphylocoques et leur traitement.

33 - PROPHYLAXIE - Endocardite d'Osler - Ency. Med. Chir. Maladies infectieuses, 3ème f.r. II n° 55 - A 90 - 2

34 - QUEYREL R.A. - Sur 30 cas d'endocardite bactérienne. Constatations cliniques et thérapeutiques. Thèse Med. Paris, n° 1087, 1957

35 - RAYNAL H. - Contribution stomatologique à la prophylaxie des endocardites infectieuses - Odont. Stomat. Max. Fac. Juil. Aout 1952 8 - N° 7 - 8 - 138-157

36 - STORTEBECKER T.P. - Dental infectious foci and diseases of the nervous system. Spread of micro-organisms and their products from dental infectious foci along direct cranial venous pathways eliciting a toxic infection encephalopathy - Acta Psychiat. Scandinavica supplement n° 157, 1962, 62 pages

37 - THIBAULT R. et RAISON J.L. - Les septicémies d'origine bucco-dentaire - C.R. VIème congrès de Stomat. Paris 1929 in Rev. Stomat. 1929-3-285-311

38 - VIGNEUL J., GRIGNON J. - Les interventions stomatologiques chez les cardiaques (conduite à tenir) Actualités odonto. stom. 1950 - 3 285-311.

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-V•
Téléphone : ODÉon 58-90